SURVEILLANCE DIABETIQUE

NOM, prénom : **MOIS/ANNEE :**

INSULINE MATIN : **INSULINE MIDI :** **INSULINE SOIR :**

		MATIN			MIDI			SOIR		
JOUR	Glycémie	DOSE	IDEL	Glycémie	DOSE	IDEL	Glycémie	DOSE	IDEL	Observations
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										